santé

GUIDE DE L'AS-SURÉ



AG2R LA MONDIALE EN BREF

NÉ DE L'UNION DE DEUX GROUPES MUTUALISTES ET PARITAIRES PARTAGEANT LES MÊMES VALEURS, AG2R LA MONDIALE FAIT PARTIE DES PRINCIPAUX GROUPES FRANÇAIS D'ASSURANCE DE PROTECTION SOCIALE ET PATRIMONIALE.

Depuis plus de 60 ans, nous accompagnons particuliers et entreprises avec aujourd'hui plus de 8 millions de personnes assurées.
Au quotidien, nous innovons et nous nous engageons dans tous les domaines de l'assurance de personnes et de la protection sociale. 1er assureur paritaire de personnes en France, notre Groupe est géré par près de 600 administrateurs nationaux et régionaux.

Vous trouverez dans ce Guide de l'assuré toutes les informations pratiques relatives à votre complémentaire santé ainsi que tous les numéros de téléphone et les sites Internet pour y accéder facilement.

SOMMAIRE

CONSEILS PRATIQUES POUR PRENDRE SOIN DE VOTRE SANTÉ

LE PARCOURS DE SOINS

Qu'est-ce que le parcours de soins ?

Le parcours de soins est un circuit que vous devez respecter pour bénéficier d'un suivi médical coordonné, personnalisé, et être remboursé normalement. Il concerne tous les bénéficiaires de l'assurance maladie de plus de 16 ans. Vous êtes considéré comme étant dans le parcours de soins coordonnés si :

- vous avez déclaré votre **médecin traitant** auprès de votre Caisse Primaire d'Assurance Maladie,
- vous consultez votre médecin traitant ou son remplaçant en première intention,
- vous consultez un autre médecin, désigné « médecin correspondant », sur orientation de votre médecin traitant.

Qui est le médecin traitant ?

Le médecin traitant orchestre le parcours de soins afin de permettre une coordination plus efficace entre les différents acteurs. À sa demande, vous consultez un médecin correspondant (généralement spécialiste, mais il peut être généraliste), soit pour un avis ponctuel d'expert, soit pour des soins réguliers. Celui-ci tient informé votre médecin traitant de son diagnostic.

Qu'est ce qu'un médecin correspondant ?

Votre médecin traitant peut vous orienter vers un autre médecin. Ce dernier est alors appelé « médecin correspondant ». Deux situations peuvent se présenter. Votre médecin traitant vous oriente :

- vers un autre médecin pour des soins réguliers (exemple : un cardiologue), on parle alors de suivi régulier,
- vers un spécialiste pour un avis ponctuel.

AYEZ LE BON RÉFLEXE !

Les spécialistes que l'on peut consulter sans passer par son médecin traitant :

- Un gynécologue, un ophtalmologue ou un stomatologue pour les actes respectifs de prévention ou de suivi, tels que : contraception, renouvellement de lunettes, soins bucco-dentaires et chirurgicaux, etc.
- Les psychiatres et neuropsychiatres sont en accès direct pour les 16-25 ans.
- Les chirurgiens-dentistes sont en accès direct, n'étant pas concernés par le système du médecin traitant.

Quelle est la différence entre un médecin en secteur 1 et un médecin en secteur 2 ?

Secteur 1

Un médecin qui exerce en secteur 1 est « conventionné » : il applique un tarif fixe, dit « conventionnel ».
Exemple (au 01/01/2011) : 23 € chez le généraliste. Pour le spécialiste, deux cas de figure : adressé par votre médecin traitant vous payez 28 €. Hors du parcours de soins coordonnés, il pourra vous demander jusqu'à 33 € pour une consultation.

EXEMPLES DE REMBOURSEMENTS

Dans les exemples ci-dessous, la participation forfaitaire de 1 € qui est à la charge de chaque assuré est déduite du montant des remboursements de la Sécurité sociale. Par exemple, dans le cadre du parcours de soins, le taux de remboursement de la Ss est de 70 %, 70 % x 23 € = 16,10 € - 1 € = 15,10 €

Vous suivez le parcours de soins et vous consultez votre médecin traitant.

GÉNÉRALISTE

Votre médecin exerce en Secteur 1 (base remb. Ss : 23 €)

Consultation		23,00 €
Remboursement Ss		15,10 €
Remb. Compl. Santé	100 % BR	6,90 €
Reste à votre charge		**1,00 €**

Votre médecin exerce en Secteur 2 honoraires libres (base remb. Ss : 23 €)

Consultation	Peut vous coûter	50,00 €
Remboursement Ss		15,10 €
Remb. Compl. Santé	150 % BR	18,40 €
Reste à votre charge		**16,50 €**

SPÉCIALISTE

Votre médecin exerce en Secteur 1 (base remb. Ss : 25 €)

Consultation		25,00 €
Remboursement Ss		16,50 €
Remb. Compl. Santé	100 % BR	7,50 €
Reste à votre charge		**1,00 €**

Votre médecin exerce en Secteur 2 honoraires libres (base remb. Ss : 23 €)

Consultation	Peut vous coûter	50,00 €
Remboursement Ss		15,10 €
Remb. Compl. Santé	150 % BR	18,40 €
Reste à votre charge		**16,50 €**

BR : Base de Remboursement, tarif servant de référence au Régime obligatoire pour déterminer le montant de son remboursement. Le remboursement par la complémentaire santé est fonction des garanties prévues par votre contrat. exemples non exhaustifs élaborés au regard de la législation et de la réglementation au 01/01/2011. Ces tarifs peuvent être modifiés et remettre en cause les éléments présents dans ce document.

Secteur 2

Un médecin qui exerce en secteur 2 est « conventionné, honoraires libres » : il fixe lui-même ses tarifs, en ajoutant un dépassement d'honoraires au tarif conventionnel. La Sécurité sociale rembourse l'assuré sur la base du secteur 1.

EXEMPLES DE REMBOURSEMENTS

Dans les exemples ci-dessous, la participation forfaitaire de 1 € qui est à la charge de chaque assuré est déduite du montant des remboursements de la Sécurité sociale. Par exemple, dans le cadre du parcours de soins, le taux de remboursement de la Ss est de 70 %, 70 % x 23 € = 16,10 € - 1 € = 15,10 €

Vous suivez le parcours de soins et votre médecin traitant vous adresse à un médecin correspondant…

SPÉCIALISTE POUR AVIS PONCTUEL

Votre médecin exerce en Secteur 1 (base remb. Ss : 46 €)		
Consultation		46,00 €
Remboursement Ss		31,20 €
Remb. Compl. Santé	100 % BR	13,80 €
Reste à votre charge		**1,00 €**

Votre médecin exerce en Secteur 2 honoraires libres (base remb. Ss : 46 €)		
Consultation	Peut vous coûter	75,00 €
Remboursement Ss		31,20 €
Remb. Compl. Santé	150 % BR	36,80 €
Reste à votre charge		**10,00 €**

SPÉCIALISTE POUR SUIVI RÉGULIER

Votre médecin exerce en Secteur 1 (base remb. Ss : 28 €)		
Consultation		28,00 €
Remboursement Ss		18,60 €
Remb. Compl. Santé	100 % BR	8,40 €
Reste à votre charge		**1,00 €**

Votre médecin exerce en Secteur 2 honoraires libres (base remb. Ss : 23 €)		
Consultation	Peut vous coûter	50,00 €
Remboursement Ss		15,10 €
Remb. Compl. Santé	150 % BR	18,40 €
Reste à votre charge		**16,50 €**

BR : Base de Remboursement, tarif servant de référence au Régime obligatoire pour déterminer le montant de son remboursement. Le remboursement par la complémentaire santé est fonction des garanties prévues par votre contrat. exemples non exhaustifs élaborés au regard de la législation et de la réglementation au 01/01/2011. Ces tarifs peuvent être modifiés et remettre en cause les éléments présents dans ce document.

Comment choisir et déclarer son médecin traitant ?
Vous avez le libre choix de votre médecin traitant. Il peut être votre médecin de famille ou un autre médecin, généraliste ou spécialiste, conventionné ou non. L'essentiel étant de privilégier le médecin qui vous connaît le mieux.

Une fois que vous avez choisi votre médecin traitant, remplissez avec lui le formulaire de « Déclaration de choix du médecin traitant » **(formulaire n°S3704)**. Envoyez ensuite ce formulaire à votre caisse d'Assurance Maladie. Vous pouvez télécharger le formulaire sur le site internet de l'Assurance Maladie : **www.ameli.fr**

Que se passe-t-il lorsque je suis orienté vers un médecin en secteur 2 ?
Dans le cadre du parcours de soins, l'option de coordination permet d'assurer l'engagement du médecin exerçant en secteur 2, à honoraires libres, de pratiquer les tarifs conventionnels (ceux du secteur 1) quand vous lui êtes adressé par votre médecin traitant.

Que se passe-t-il lorsque je tombe malade loin de chez moi ?
Le système du médecin traitant prévoit que dans les cas d'urgence, ou si vous êtes en vacances, il sera possible de consulter un autre médecin, sans pénalité. Même chose si c'est votre médecin qui est en vacances. La notion d'urgence est mentionnée de façon précise.



Que se passe-t-il si je suis hors parcours de soins ?
Vous êtes hors du parcours de soins coordonnés si vous n'avez pas déclaré votre médecin traitant ou si vous consultez directement un autre médecin que votre médecin traitant sans être orienté par celui-ci. Vous serez moins remboursé par l'Assurance Maladie (30 % de la base de remboursement au lieu de 70 % dans le cadre d'un parcours de soins).

EXEMPLES DE REMBOURSEMENTS

Dans les exemples ci-dessous, la participation forfaitaire de 1 € qui est à la charge de chaque assuré est déduite du montant des remboursements de la Sécurité sociale. Par exemple, dans le cadre du parcours de soins, le taux de remboursement de la Ss est de 70 %, 70 % x 23 € = 16,10 € - 1 € = 15,10 €.

Vous êtes hors parcours de soins et vous consultez un médecin...

GÉNÉRALISTE

Votre médecin exerce en Secteur 1 (base remb. Ss : 23 €)

Consultation		23,00 €
Remboursement Ss		5,90 €
Remb. Compl. Santé	100 % BR	6,90 €
Reste à votre charge		**10,20 €**

Votre médecin exerce en Secteur 2 honoraires libres (base remb. Ss : 23 €)

Consultation	Peut vous coûter	50,00 €
Remboursement Ss		5,90 €
Remb. Compl. Santé	150 % BR	18,40 €
Reste à votre charge		**25,70 €**

SPÉCIALISTE

Votre médecin exerce en Secteur 1 (base remb. Ss : 25 €)

Consultation		33,00 €
Remboursement Ss		6,50 €
Remb. Compl. Santé	100 % BR	7,50 €
Reste à votre charge		**19,00 €**

Votre médecin exerce en Secteur 2 honoraires libres (base remb. Ss : 23 €)

Consultation	Peut vous coûter	50,00 €
Remboursement Ss		5,90 €
Remb. Compl. Santé	150 % BR	18,40 €
Reste à votre charge		**25,70 €**

BR : Base de Remboursement, tarif servant de référence au Régime obligatoire pour déterminer le montant de son remboursement. Le remboursement par la complémentaire santé est fonction des garanties prévues par votre contrat. exemples non exhaustifs élaborés au regard de la législation et de la réglementation au 01/01/2011. Ces tarifs peuvent être modifiés et remettre en cause les éléments présents dans ce document.

LE CONTRAT COMPLÉMENTAIRE SANTÉ RESPONSABLE

Qu'est ce qu'un contrat responsable ?

Dans le cadre de la réforme de l'Assurance Maladie de 2004, les contrats complémentaires santé responsables ont été instaurés pour accompagner le dispositif du parcours de soins. L'objectif est de « responsabiliser » les patients et leur complémentaire santé. Les contrats santé commercialisés par AG2R LA MONDIALE sont des contrats responsables.

Un contrat responsable doit respecter un certain nombre de conditions.

Hors parcours de soins :

- Il ne peut pas compenser la baisse de remboursement de 40 %.
- Il ne peut pas rembourser les 8 premiers euros de dépassements d'honoraires du médecin consulté sans orientation préalable du médecin traitant.
- Il ne prend pas en charge la participation forfaitaire de 1 € sur toutes les consultations ou actes réalisés par un médecin, sur les examens radiologiques ou sur les analyses (depuis le 1er janvier 2005, cette somme à la charge des assurés, est déduite des remboursements de l'Assurance Maladie).
- Il ne prend pas en charge la franchise (depuis le 1er janvier 2008) de :
  - 0,5 € par boîte de médicaments (à l'exception des médicaments délivrés au cours d'une hospitalisation).
  - 0,5 € par acte effectué par un auxiliaire médical.
  - 2 € par transport sanitaire.

Les prises en charge d'un contrat responsable

En contrepartie les contrats responsables assurent des bénéfices pour ses adhérents : ils garantissent un bon niveau de remboursement complémentaire sur des prestations importantes : consultations du médecin traitant ou correspondant, médicaments à vignette blanche **(cf. lexique en ligne)**, biologie et analyses médicales.
Les contrats responsables des complémentaires santé comprennent également la prise en charge d'au moins deux prestations de prévention santé.

VOTRE CONTRAT

COMMENT LIRE VOS GARANTIES ?

Les pourcentages de BR (ex : « 100 % BR », « 200 % BR »...)
Votre contrat santé vous rembourse sur la Base de Remboursement (BR) de la Sécurité sociale. La Base de Remboursement est un tarif servant de référence au Régime obligatoire pour déterminer le montant de son remboursement. Ainsi, quelles que soient vos dépenses, la Sécurité sociale et votre complémentaire vous remboursent sur la base de ce tarif, et non sur vos dépenses réelles. Selon le type de consultation, d'acte, de produit, ou de prestation médicale, la Sécurité sociale vous rembourse entre 80 % et 60 %, et votre contrat santé le complément. Pour les consultations, il faut soustraire 1 € de participation forfaitaire, qui ne peut être pris en charge ni par la Sécurité sociale, ni par votre complémentaire dans le cadre du contrat responsable.

Les remboursements forfaitaires (montant en € + RRO/an)
Pour certaines prestations, votre tableau de garanties indique des montants forfaitaires annuels. Dans ce cas, le calcul de remboursement s'effectue de la manière suivante :
- pour une dépense santé, la Sécurité sociale vous rembourse une somme appelée le RRO (Remboursement Régime Obligatoire),
- votre contrat santé la complète jusqu'à hauteur de la somme forfaitaire garantie.

Si la dépense est inférieure à la somme forfaitaire garantie ajoutée au RRO, vous serez intégralement remboursé et il vous restera une partie de ce forfait annuel qui pourra être utilisé pour le remboursement de vos nouvelles dépenses. Votre contrat santé rembourse aussi, à hauteur du montant forfaitaire en euros indiqué dans le tableau des garanties, certains actes non pris en charge par la Sécurité sociale comme la chirurgie de la myopie ou les implants dentaires.



EXEMPLE DE REMBOURSEMENT DE CONSULTATION D'UN SPÉCIALISTE

Consultation d'un Dermatologue	
Honoraires	50 €
Remboursement Sécurité sociale, 70 % de la Base de Remboursement (23 €)	15,10 €*
Remboursement de votre complémentaire Santé, 200 % BR (inclus le remboursement la Ss) : 200 % BR – 70 % BR = 46 € - 16,10 € = 29,90 €	29,90 €
Reste à votre charge	**5 €**

* moins 1€ de participation forfaitaire.
Exemple pour un contrat et une formule de garanties prenant en charge 200 % BR pour les actes médicaux (généralistes, spécialistes et actes de chirurgie)

EXEMPLE DE REMBOURSEMENT DENTAIRE

Traitement d'une carie par une obturation 2 faces	
Honoraires (opposables, sans dépassement possible), Base de Remboursement	28,92 €
Remboursement Sécurité sociale 70 % BR	20,44 €
Remboursement de votre complémentaire santé 100 % BR (inclus le remboursement la Ss) : 100 % BR – 70 % BR = 28,92 € - 20,24 € = 8,68 €	8,68 €
Reste à votre charge	**0 €**

EXEMPLE DE REMBOURSEMENT OPTIQUE

Une paire de lunettes	
Monture adulte + verres uni focaux sphériques	320 €
Remboursement Sécurité sociale, 60 % de la Base de Remboursement (monture : 2,84 € + 2,29 € chaque verre, soit un montant total de 7,42 €)	4,45 €
Remboursement de votre complémentaire santé, forfait (vient s'ajouter au remboursement de la Ss)	300 €
Reste à votre charge	**15,55 €**

QUE FAIRE EN CAS DE CHANGEMENT DE SITUATION ?

J'ai déménagé. Comment puis-je vous communiquer ma nouvelle adresse ?

Par Internet

À partir de votre **espace client**, il vous est possible de modifier votre adresse postale et email en ligne. L'accès à ce service nécessite une inscription préalable. Celle-ci est gratuite et sans aucune obligation.

Par téléphone au Service Client

0 969 32 2000

(appel non surtaxé)
La demande doit être faite directement par le souscripteur du contrat.

Par courrier

À l'adresse mentionnée sur votre certificat d'adhésion (document que vous avez reçu lors de votre adhésion).

J'ai changé de coordonnées bancaires. Comment puis-je vous les communiquer ?

Pour le remboursement de vos prestations, vous pouvez définir un **RIB par bénéficiaire**. Par contre, pour le paiement des cotisations, il ne peut y avoir qu'un **RIB par contrat**.
Vous pouvez effectuer le changement par téléphone en contactant **le Service Client au 0 969 32 2000** (appel non surtaxé) en nous envoyant un **mail** ou en imprimant le formulaire de gestion **« Modification des coordonnées bancaires »** (disponible dans ce livret, page 24) et en nous le renvoyant à l'adresse figurant sur votre certificat d'adhésion (document que vous avez reçu lors de votre adhésion).

Dans le cas du mail

- Joindre une copie du nouveau RIB.
- Préciser si le changement de coordonnées bancaires concerne les cotisations et / ou les remboursements.

L'appel, le mail ou le courrier doit provenir obligatoirement de l'assuré principal du contrat. Il ne peut être fait par un des bénéficiaires.

Je souhaite inscrire ou retirer un bénéficiaire de mon contrat, que dois-je faire ?

Pour inscrire un bénéficiaire, 3 possibilités :

• Contacter notre Service Client

0 969 32 2000

(appel non surtaxé)

• Envoyez-nous un mail à l'adresse mail mentionnée sur votre certificat d'adhésion (document que vous avez reçu lors de votre adhésion) en précisant dans votre message le nom, prénom, la date de naissance et le numéro de sécurité sociale du bénéficiaire.
• Envoyez-nous le formulaire de gestion « **Ajout d'un bénéficiaire** » (disponible dans ce livret, page 24) à l'adresse figurant sur votre certificat d'adhésion (document que vous avez reçu lors de votre adhésion).

Pour résilier un bénéficiaire

La résiliation n'est possible que par courrier en utilisant le formulaire de gestion « **Radiation d'un bénéficiaire** » (disponible dans ce livret, page 24) et en nous le renvoyant à l'adresse figurant sur votre certificat d'adhésion (document que vous avez reçu lors de votre adhésion). À titre de preuve nous vous conseillons de l'envoyer en lettre recommandée avec accusé de réception.

Je souhaite changer de formule de garanties que dois-je faire ?

Il est possible de changer de formule après 12 mois d'adhésion à la formule de garanties initialement souscrite. Vous pourrez toutefois changer de formule en cours d'année si votre situation familiale a changé.

Les délais à respecter pour faire une demande de changement de formule, étant différents selon la formule choisie initialement, reportez vous à votre notice d'information ou contactez notre Service client pour connaître la démarche à suivre.

REMBOURSEMENTS
MODE D’EMPLOI

J’AI REÇU MON DÉCOMPTE DE LA SÉCURITÉ SOCIALE. DOIS-JE L’ENVOYER À AG2R LA MONDIALE ?

Non : Si votre décompte comporte un message vous indiquant que le dossier a été télétransmis.
Oui : Si aucun message ne figure sur votre décompte.

J’AI DÉJÀ PAYÉ LES SOINS. DOIS-JE ENVOYER MA FACTURE À AG2R LA MONDIALE ?

Frais de santé remboursés par l’Assurance maladie :

Hôpital

Oui : Pour des soins en établissement public, vous devez nous envoyer la facture originale acquittée ou l’avis des sommes à payer, ainsi que l’attestation de paiement remise par la Trésorerie. Pour les soins en clinique privée, vous devez nous envoyer l’exemplaire original du bordereau de facturation “destiné à l’assurance maladie complémentaire” en même temps que les factures de dépassements d’honoraires éventuels remises par les praticiens.

Médecin, kinésithérapeute, infirmier, laboratoire, etc.

Non : Si vous avez payé la totalité de la facture ou si vous bénéficiez du tiers-payant. Notre remboursement interviendra sur information de votre régime de base.
Oui : Si vous n’avez payé que la part complémentaire et que votre contrat ne prévoit pas le tiers-payant.

Opticien ou chirurgien-dentiste

Non : Si, éventuellement, nous avons besoin de la facture, nous vous la demanderons.

Frais de santé non remboursés par l'Assurance maladie*

* En fonction des garanties prévues par votre contrat.

Lentilles

Oui : Adressez-nous la facture originale acquittée ainsi qu'une copie de la prescription médicale (gardez l'original pour le renouvellement de vos lentilles). La prescription doit dater de moins de 12 mois pour un premier remboursement.

Orthodontie refusée

Oui : Adressez-nous la facture acquittée à la fin de chaque phase de traitement. Elle doit comporter le n° du semestre concerné, les dates de début et de fin du semestre et la cotation Sécurité sociale.

Actes dentaires (parodontologie, implants...)

Oui : Adressez-nous la facture originale acquittée.

Médecines douces

Oui : Adressez-nous la facture originale acquittée par le praticien qui, s'il n'est pas médecin ou kinésithérapeute, doit appartenir à un syndicat ou une association de professionnels agréés dans la spécialité concernée (ostéopathie, chiropractie, diététique).

Maternité

Adressez-nous un extrait d'acte de naissance ou une copie du livret de famille précisant la filiation, afin de bénéficier de la gratuité des cotisations pour votre nouveau-né.



À SAVOIR

Sur TOUS les documents que vous nous envoyez, indiquez votre numéro de Sécurité sociale.
Envoyez nous toujours les documents originaux (sauf frais optiques).

CLAUSES SPÉCIFIQUES

Votre contrat peut comporter des clauses spécifiques. Pour cela reportez-vous à vos conditions générales ou particulières ou contactez votre centre de gestion. Pour connaître l'adresse de votre centre de gestion, reportez-vous à votre carte Terciane ou composez le 0 969 32 2000 (n° cristal appel non surtaxé).

LES AVANTAGES DU TIERS PAYANT

Dans le cadre de votre contrat, AG2R LA MONDIALE met à votre disposition la carte Terciane qui vous permet de bénéficier gratuitement du tiers payant auprès de professionnels de santé tels que les établissements hospitaliers conventionnés, les pharmacies, les radiologues, les laboratoires d'analyses... Votre carte Terciane est strictement personnelle et atteste à tout moment de votre appartenance à AG2R LA MONDIALE.

Pour connaître la liste des professionnels de santé qui pratiquent le tiers-payant Terciane, connectez-vous sur votre **espace client.**

QU'EST CE QUE LE TIERS PAYANT ?

Le tiers payant vous permet d'éviter l'avance de frais, particulièrement pour les dépenses courantes ou certaines dépenses élevées, notamment l'hospitalisation, l'optique et le dentaire.

COMMENT FONCTIONNE LE TIERS PAYANT ?

Chez le pharmacien

Pour bénéficier du tiers payant sur les frais engagés, présentez à votre pharmacien :

- la carte Vitale ou son attestation qui permet la prise en charge de frais concernant le régime de base de la Sécurité sociale,
- la carte Terciane qui permet la prise en charge du Ticket Modérateur (TM).

Le tiers payant est possible avec toutes les pharmacies de l'ensemble des départements français.

Chez les autres professionnels de la santé

Des accords ont été signés avec d'autres professionnels de santé tels que les laboratoires d'analyses médicales, les radiologues, les ambulanciers, les infirmiers, les masseurs-kinésithérapeutes...

À l’hôpital

En cas d’hospitalisation dans un établissement conventionné, AG2R LA MONDIALE délivre un « accord de prise en charge » garantissant le paiement des frais médicaux et chirurgicaux normalement laissés à votre charge (forfait hospitalier 18 €/jour). L’établissement hospitalier ou vous-même devrez fournir les informations suivantes, par téléphone ou par courrier, au plus tôt 15 jours avant la date d’entrée prévue :

- N° de Sécurité sociale de l’assuré principal.
- Nom et prénom du bénéficiaire des soins.
- N° de sécurité sociale du bénéficiaire des soins (s’il est différent de celui de l’assuré principal).
- Date exacte d’entrée.
- Adresse ou fax de l’établissement.

Pour tous les soins externes réalisés dans la plupart des centres hospitaliers, le tiers payant sera accordé sur simple présentation de la carte Terciane.

Chez l’opticien

Vous présentez votre carte Terciane à l’opticien qui s’adresse directement au centre de gestion AG2R LA MONDIALE pour obtenir la prise en charge optique.
AG2R LA MONDIALE règle l’opticien de la part complémentaire. Vous avancez la part Sécurité sociale et réglez la part restante éventuellement à votre charge. Des accords de tiers payant ont été signés avec 10 000 opticiens, dont 3 000 opticiens partenaires.

Notre service Transparence OPTIQUE : Estimation de vos remboursements

Avant l’achat d’une paire de lunettes ou de lentilles, vous avez la possibilité d’adresser par courrier ou par fax un devis optique à votre centre de gestion. Vous recevrez en retour un document vous indiquant précisément le montant du remboursement du régime de base, d’AG2R LA MONDIALE et de votre reste à charge éventuel.



AYEZ LE BON RÉFLEXE !

Avant d'engager des frais, établissez un devis via internet ou envoyez le à votre centre de gestion.
Vous pourrez ainsi engager votre traitement dentaire en toute connaissance de cause.

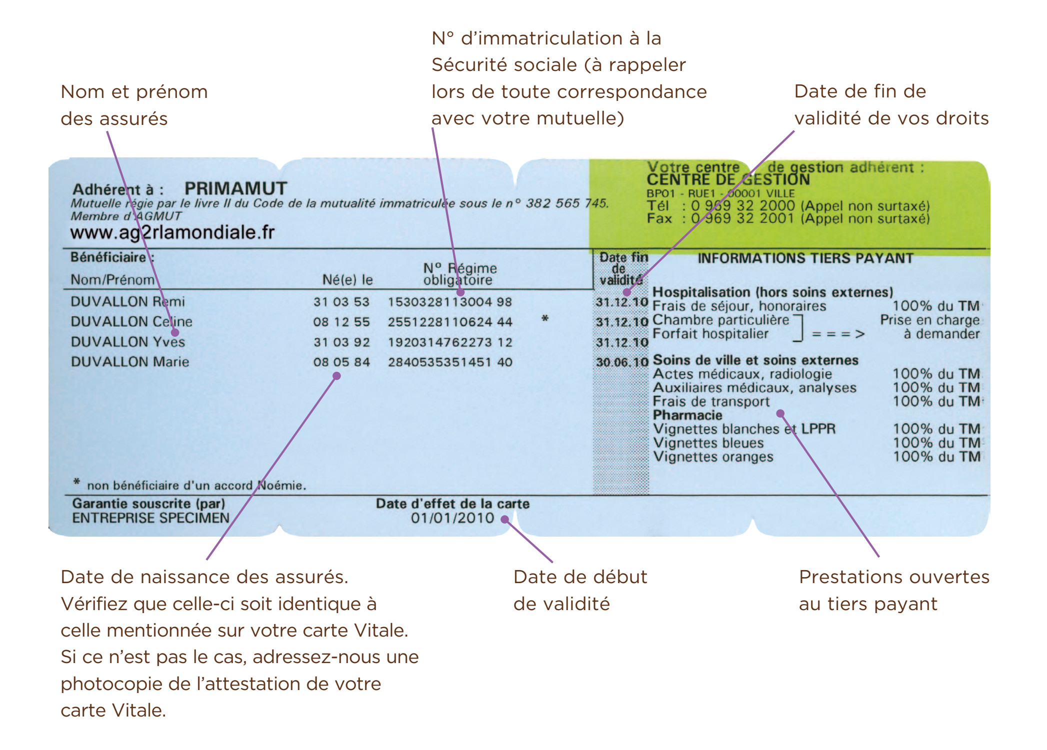
Chez le dentiste

Si votre chirurgien-dentiste accepte de pratiquer le tiers payant sur les prothèses dentaires et l'orthodontie, il doit alors effectuer une demande de prise en charge auprès de Terciane. N'hésitez pas à lui demander s'il pratique ce service.

Notre service Transparence dentaire : Estimation de vos remboursements

- Avant tout engagement, il est conseillé de demander un devis détaillé à votre praticien.
- Un devis dentaire est disponible en téléchargement sur votre **espace client**.
- Vous adressez à votre centre de gestion le devis complété, pour connaître le montant du remboursement et de votre reste à charge.
- Vous pouvez également faire votre demande directement en ligne et connaître le montant de vos remboursements plus rapidement.

COMMENT LIRE VOTRE CARTE TERCIANE ?



Nom et prénom des assurés

N° d'immatriculation à la Sécurité sociale (à rappeler lors de toute correspondance avec votre mutuelle)

Date de fin de validité de vos droits

Date de naissance des assurés. Vérifiez que celle-ci soit identique à celle mentionnée sur votre carte Vitale. Si ce n'est pas le cas, adressez-nous une photocopie de l'attestation de votre carte Vitale.

Date de début de validité

Prestations ouvertes au tiers payant

Les taux indiqués ne remettent pas en cause les garanties supérieures éventuellement souscrites mais concernent les modalités du tiers payant.

LES SERVICES
EN 1 CLIC

GAGNEZ DU TEMPS ET PROFITEZ AU MIEUX DE VOTRE COMPLÉMENTAIRE SANTÉ GRÂCE AUX SERVICES INTERNET AG2R LA MONDIALE

- Recevez vos décomptes par e-mail et suivez vos remboursements en ligne, en temps réel, en **vous abonnant aux décomptes santé en ligne**.
- Téléchargez vos devis optique et dentaire afin de connaître précisément le montant de votre prise en charge.
- Faites directement vos demandes de prise en charge d'hospitalisation et obtenez immédiatement la réponse.
- **Localisez les professionnels de santé** proches de chez vous proposant le tiers payant : vous n'aurez aucune avance d'argent à faire !
- Retrouvez tous les liens utiles pour vous aider dans vos démarches administratives, vous guider dans la prévention santé ou choisir un établissement hospitalier…
- Vos remboursements sont effectués en 48 h. Cependant, vous recevrez vos décomptes papier en différé.

LES AVANTAGES EXCLUSIFS DE VOS SERVICES EN LIGNE

- Obtenez dans un délai maximum de 2 jours, une réponse à votre demande de prise en charge pour une hospitalisation.
- En cas de prothèses dentaires ou d'achat de lunettes ou de lentilles, vous connaissez dans un délai de 3 jours ouvrés* maximum, le remboursement auquel vous avez droit, ainsi que votre reste à charge.

*Délai déterminé à compter de la date de réception du devis complet, envoyé par vous-même, votre opticien ou votre chirurgien-dentiste. La demande doit être adressée à AG2R LA MONDIALE Direction Qualité – Engagement de service – 35 boulevard Brune – 75014 Paris.

POUR VOUS INSCRIRE SUR VOTRE ESPACE CLIENT ET PROFITER DE TOUS LES SERVICES OFFERTS,

Connectez vous et remplissez le formulaire.

Vous recevrez vos codes d'accès par courrier ou par mail (si vous avez indiqué la référence figurant sur votre décompte santé).



Trouver sur ce s OK

AG2R LA MONDIALE le contraire de seul au monde

LE SITE DES PARTICULIERS

Accueil | Ma santé | Mon argent | Ma famille | Mes biens | Ma retraite | Accès clients

Vous êtes ici : Accueil › Services clients › Vos services en ligne

SERVICES CLIENTS

Votre assurance santé
>Mode d'emploi
>Vos Remboursements : comment ça marche ?
>Le tiers payant Terciane
>Que faire en cas d'hospitalisation ?
>Les devis "optique" et "dentaire"

Vos services en ligne

Votre épargne
>Multiprima : pilotez votre épargne
>Performance de l'actif général
>Plan d'Epargne Entreprise
>Compte Epargne Temps
>Votre CET en ligne

Votre retraite
>Votre relevé de carrière
>Calculez votre retraite avec Marel
>Demandez votre retraite sur Arrco/Agirc.fr
>Futurs retraités, par quoi commencer ?

Vos services en ligne santé

Veuillez remplir le formulaire d'inscription.

Si vous êtes déjà inscrit à un autre service en ligne (Relevé de Carrière),
>>> **authentifiez-vous** <<< pour bénéficier des mêmes codes d'accès.

Les champs obligatoires sont signalés par * .

Civilité * : Monsieur Madame Mademoiselle

Nom * :

Prénom * :

Nom de jeune fille : obligatoire pour les femmes mariées

Date de naissance * : jj/mm/aaaa

Numéro de Sécurité Sociale * :

Gagnez du temps et obtenez vos codes d'accès en ligne en renseignant la référence figurant en haut à gauche de votre dernier décompte de santé.
Sinon vos codes vous seront envoyés sous quinzaine par courrier postal.

Numéro de référence :

Voie : n° et rue xxx

Complément d'adresse 1 : Chez...

Complément d'adresse 2 : Bât/Résidence/escalier...

Lieu-dit :

Code postal * :

Localité * :

Pays : FRANCE

Téléphone :

E-Mail :

Mentions légales : conformément à la loi Informatique et libertés du 6 janvier 1978, la collecte de ces informations nous est nécessaire pour vous répondre, et/ou vous adresser toute documentation ou tout type de document. Ces informations sont destinées à AG2R et à ses partenaires contractuels (voir "mentions légales"). En

J'ai pris connaissance des mentions légales ci-dessus et en accepte les termes.

Valider Annuler

Haut de page

> Nous contacter par mail

N°Cristal 0969 32 2000

Aide | Mentions légales | Copyright 2003 Groupe AG2R | Qui sommes-nous ?

PRIMA DOM

Le service téléphonique PRIMA DOM est destiné aux assurés AG2R LA MONDIALE et à leur famille. Il vous aide à trouver un service à domicile dans une multitude de domaines.

PRIMA DOM vous accompagne dans les domaines suivants :
- Service d'aide à la vie quotidienne (ménage, petits travaux...).
- Soins et garde à domicile.
- Service de téléassistance .

Mais peut aussi vous aider pour :
- Vos loisirs.
- Vos démarches administratives.
- Le bénévolat.
- Les services de proximité.

Pour accéder au service PRIMA DOM
Du lundi au vendredi de 8h30 à 19h30
et le samedi de 8h30 à 13h.
composez le :

0 810 60 77 88 (prix d'un appel local)



VOUS ACCUEILLIR ET VOUS FACILITER L'ACCÈS À NOS SERVICES

Une démarche à effectuer ? Une question concernant votre dossier ? Nos conseillers sont à votre écoute.

Par courrier
Toute correspondance doit être envoyée à votre Centre de gestion AG2R LA MONDIALE. L'adresse figure sur votre carte Terciane.

Par téléphone
Pour toute question relative à votre contrat santé, veuillez composer le :

0 969 32 2000
(n° cristal appel non surtaxé)

Par Fax
0 969 32 2001
(n° cristal appel non surtaxé)

Par Internet
www.ag2rlamondiale.fr
ou sur www.masanteterciane.fr (site de votre carte tiers payant)

Tout savoir sur nos produits
09 74 50 1234 (n° cristal appel non surtaxé)
www.ag2rlamondiale.fr

VOS COURRIERS ET FORMULAIRES DE GESTION PRÉ-REMPLIS

Pour vous accompagner au quotidien dans l'évolution de votre mutuelle Santé et afin qu'elle s'adapte à vos nouveaux besoins, AG2R LA MONDIALE vous simplifie la gestion de votre contrat avec la création de courriers et formulaires de gestion pré-rédigés.

En plus des fonctionnalités offertes par votre Espace client, de nouveaux courriers et formulaires ont été conçus pour vous :

- Modification des coordonnées bancaires
- Ajout d'un bénéficiaire
- Radiation d'un bénéficiaire

Pour utiliser le formulaire de votre choix, il vous suffit de cliquer dessus, l'imprimer, le compléter et nous le renvoyer à l'adresse figurant sur votre certificat d'adhésion (document que vous avez reçu lors de votre adhésion).



Modification des coordonnées bancaires

Identification de l'assuré principal
Nom :
Prénom :
Date de naissance :
N° de Sécurité sociale :
ou
N° de contrat :

Cochez la ou les cases correspondantes
☐ **Changement de domiciliation bancaire pour le prélèvement de vos cotisations (prévoir un délai de 15 jours)**
à compter du :

Joindre un relevé d'identité bancaire ou postal.

☐ J'atteste avoir envoyé l'autorisation de prélèvement ci-dessous dûment complétée et signée à ma banque.

AG2R LA MONDIALE

AG2R LA MONDIALE
AUTORISATION DE PRÉLÈVEMENT
NUMÉRO NATIONAL D'ÉMETTEUR : 398656

MES COORDONNÉES	MA BANQUE
Nom :	Nom :
Prénom :	Adresse :
Adresse :	
Code postal	Code postal
Ville :	Ville :

COMPTE À DÉBITER	Date
Établissement / Guichet / N° de compte / Clé RIB	SIGNATURE

JOINDRE OBLIGATOIREMENT UN RELEVÉ D'IDENTITÉ BANCAIRE OU POSTAL

Ajout d'un bénéficiaire

Identification de l'assuré principal
Nom :
Prénom :
Date de naissance :
N° de Sécurité sociale :
ou
N° de contrat :

Ajout d'un bénéficiaire
Personnes que vous désirez également faire adhérer
à compter du :

☐ Le conjoint ou concubin (lié par pacs ou non)
Joindre la photocopie de son attestation de carte vitale s'il est immatriculé auprès d'un régime de Sécurité sociale en nom propre, dans le cas contraire joindre la photocopie de votre attestation de carte vitale.
Nom :
Prénom :
Nom de jeune fille (pour les femmes mariées) :
Date de naissance :
N° de Sécurité sociale :

☐ Les enfants (jusqu'à l'âge de 25 ans inclus) et/ou autres personnes à charge
**S'il s'agit d'un nouveau né, joindre un extrait de naissance.
Si l'enfant est immatriculé auprès d'un régime de Sécurité sociale, joindre une photocopie de sa carte vitale. Dans le cas contraire fournir la photocopie de la carte vitale de la personne qui lui ouvre les droits à la Sécurité sociale.../...**

AG2R LA MONDIALE

Radiation d'un bénéficiaire

Identification de l'assuré principal
Nom :
Prénom :
Date de naissance :
N° de Sécurité sociale :
ou
N° de contrat :

Radiation d'un bénéficiaire
Bénéficiaire 1
À compter du :
Nom :
Prénom :
Date de naissance :
N° de Sécurité sociale :
Motif[1] :
Souhaitez-vous obtenir un certificat de radiation ? ☐ oui ☐ non

Bénéficiaire 2
À compter du :
Nom :
Prénom :
Date de naissance :
N° de Sécurité sociale :
Motif[1] :
Souhaitez-vous obtenir un certificat de radiation ? ☐ oui ☐ non

Bénéficiaire 3
À compter du :
Nom :
Prénom :
Date de naissance :
N° de Sécurité sociale :
Motif[1] :
Souhaitez-vous obtenir un certificat de radiation ? ☐ oui ☐ non

(1) Si résiliation pour CMU : joindre le courrier d'attribution CMU ou la copie de l'attestation vitale sur laquelle figure les droits à CMU; si résiliation pour cause de décès, joindre une copie du certificat de décès; si résiliation pour cause de Mutuelle obligatoire, joindre l'attestation de l'employeur précisant cette obligation.

AG2R LA MONDIALE

VOUS ACCOMPA-GNER AU QUOTIDIEN

Pour mériter chaque jour votre confiance, AG2R LA MONDIALE a mis en place la charte Qualité qui vous garantit le meilleur des services. Et pour préserver votre capital santé, nous mettons à votre disposition des guides de prévention spécialisés.

Avec la charte Qualité, AG2R LA MONDIALE s'engage à :

- Vous accueillir et vous faciliter l'accès à nos services.
- Vous garantir des services performants.
- Vous écouter pour améliorer la qualité de nos services.
- Vous accompagner avec notre service d'écoute et de conseil.
- Favoriser le développement durable en adhérant au « Pacte Mondial » des Nations Unies pour promouvoir le respect des Droits de l'Homme, la préservation de l'environnement et la lutte contre la corruption.
- Respecter la diversité culturelle, ethnique et sociale en signant la « charte de la diversité » relative à :
  - l'intégration du handicap,
  - les seniors,
  - la diversité sociale,
  - la mixité professionnelle.

MES INFORMATIONS ESSENTIELLES

SANTÉ

Mon n° Sécurité sociale :

Le n° de mon conjoint :

Mon n° de contrat :

Ma date d'échéance :

Ma formule de garantie retenue :

Ma cotisation :

Mon médecin traitant :

N° de Tél. :

Adresse :

À contacter en cas d'urgence :

Nom :

Prénom :

Tél. :

Mobile :